Aus der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité in Berlin.
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Blasenspalte

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Mohamed A. El Hamouli
aus Kairo, (Aegypten)

Tag der Promotion: 12. November 1927

Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Grotjahn,

Referenten: Priv.-Doz. Dr. Gohrbandt

Prof. Dr. Bier

Von den Mißbildungen der harnleitenden Organe ist sicherlich die sogenannte Blasenektopie, bei der die vordere Blasenwand gespalten und die nicht zu einem Hohlorgan geschlossene Blase mit ihrer Schleimhaut und den Harnleitermündungen in einem Defekt der vorderen Bauchwand frei in Erscheinung tritt, die unangenehmste und schwierigste Anomalie für den Kranken und den Arzt; für den Patienten, weil er nicht nur gesellschaftsunfähig, sondern wenn er überhaupt das Kindesalter überschreitet, wegen der Möglichkeit schwerer Komplikationen in dauernder Lebensgefahr ist, für den Chirurgen, weil die Beseitigung solch einer Blasenspalte zu den schwierigsten Aufgaben der operativen Leistung gehört. So ist es nur zu gut zu verstehen, daß die einschlägige Literatur in den beiden letzten Jahrzehnten stark angewachsen ist und sich vorzugsweise mit der operativen Technik befaßt, umsomehr, als die Symptomatologie eigentlich keine Schwierigkeiten macht und auch hinsichtlich der Pathogenese im großen und ganzen eine Einigung erzielt ist.

Die überwiegende Mehrzahl der Forscher sieht wohl heute die Blasenektopie als eine Hemmungsmißbildung an, die dadurch zustande kommt, daß das allmähliche Zurückweichen der Kloakenmembran unter gleichzeitiger Vorlagerung der Genitalhöcker entgegen der Norm ausbleibt und damit die Bedingungen für eine Spaltbildung in der Mittellinie eventuell bis zum Nabel gibt. Die Ausdehnung der Spaltbildung hängt dabei von dem Zeitpunkt ab, in dem diese Hemmung beginnt: je früher sie eintritt, desto höher reicht die Spaltbildung hinauf. Enderlen kommt auf Grund seiner Beobachtung einer Blasenektopie bei eineiigen Zwillingen zu dem

Schluß, daß die Entwicklungsstörung eine inhärente Eigenschaft des befruchteten Eies sein muß. Reichel dagegen ist der Ansicht, daß bei der Ausbildung des Primitivstreifens, der durch Vereinigung der Ränder einer offenen Primitivrinne zustande kommt, eine Spaltbildung resultieren kann, welche die Grundlage für die Bauchblasenspalte bildet. Marchand wiederum erwägt, ob nicht neben der Kloakenmembran und dem Primitivstreifen der Bauchstiel mit der Entstehung einer Bauchblasenspalte in Zusammenhang gebracht werden muß.

Bevor ich auf die Symptomatologie und Therapie unserer Mißbildung eingehe, will ich kurz im Auszug die Krankengeschichten von den Bauchblasenspalten wiedergeben, die wir in den letzten Jahren in der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité beobachten konnten. Ich werde dabei im Interesse des makroskopischen Befundes und statistischer Angaben auch die Kranken anführen, die aus verschiedenen Gründen nicht zur Operation gekommen sind.

Fall I.

F. H., m., 9 Tage alt.

19. 3. 21. Anamnese und frühere Krankheiten: o. B.

Befund: Elendes, zyanotisches Kind mit schwachem Puls und kaum zu hörenden Herztönen. Atresia Ani. Blasenektopie, Epispadie, Nabelbruch.

22. 3. 21. Exitus.

Fall II.

E. R. m., 25 J. alt.

7. 6. 21. Blasenektopie, hochgradige Epispadie. Hat bis zum heutigen Tage, ohne je operiert zu sein, lediglich Wattenverbände getragen.

Blasenschleimhaut stark entzündet und schmierig belegt; aus den deutlich wahrnehmbaren Harnleitermündungen tropft unaufhörlich Urin.